

УДК 616.65-006.6-07-03

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.В. Головачев, Э.К. Макимбетов

Освещены основные методы диагностики и лечения рака предстательной железы. Показана роль иммунологической диагностики и комбинированной терапии рака простаты.

*Ключевые слова:* рак предстательной железы; диагностика; лечение.

---

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PROSTATE CANCER

S. V. Golovachev, E. K. Makimbetov

This article highlights the key methods of diagnosis and treatment of prostate cancer. The role of immunological diagnosis and combined therapy of prostate cancer were presented.

*Keywords:* prostate cancer; diagnosis; treatment.

**Введение.** Рак предстательной железы (РПЖ) является актуальной проблемой онкоандрологии, так как причиняет огромный ущерб мужской половине человечества из-за высокой заболеваемости и смертности [1, 2]. РПЖ развивается из собственных желез, а аденома – из парауретральных желез. Гистологически РПЖ чаще представлен аденокарциномой, реже наблюдаются скirroзный солидный и плоскоклеточный типы.

Метастазы РПЖ чаще всего бывают в регионарные подвздошные лимфоузлы. Отдаленные метастазы наблюдаются в кости таза, поясничный отдел позвоночника, крестец, шейку бедренной кости [2].

Патологоанатомически до 70 % случаев РПЖ развивается в периферической зоне, около 10–15 % опухолей локализируются в центральной зоне, а в остальных случаях – в переходной зоне предстательной железы. Примерно у 15–30 % мужчин старше 50 лет обнаруживают РПЖ, не имеющий клинических проявлений, или латентный рак. Как правило, это небольшие, хорошо дифференцированные опухоли размерами менее 0,5 см<sup>3</sup>, причем увеличение объема сопровождается утратой характерных черт дифференцировки. Кроме того, установлено, что 10 % опухолей с малым объемом 0,5 % от 1 см<sup>3</sup> инвазируют в капсулу [3]. Диагностика и лечение РПЖ представляют определенные трудности и зависят от многих факторов, в том числе социально-экономических [4, 5].

Цель исследования – оптимизация методов диагностики и лечения рака предстательной железы.

**Материал и методы исследования.** Материалом исследования явились случаи заболеваемости

РПЖ по данным госпитальной статистики Национального центра онкологии (НЦО) Минздрава Кыргызской Республики и Ярославской областной онкологической больницы (ЯООБ) Российской Федерации. С 2005 по 2011 г. в ЯООБ находились на лечении 525 пациентов с диагнозом “рак предстательной железы” в различных стадиях заболевания. Для стадирования применялась классификация TNM. За тот же период исследования (7 лет), по данным организационно-методического отдела НЦО, было зарегистрировано всего 637 больных РПЖ.

**Результаты исследования.** Точное стадирование является краеугольным моментом в лечении РПЖ. Пациент, страдающий РПЖ, который обширно распространяется за пределы капсулы в лимфатические узлы или семенные пузырьки, не может быть радикально излечен, однако применение комбинированной терапии или оперативного лечения способствует увеличению продолжительности жизни. Современные методы локального стадирования в рассматриваемых клиниках включали пальцевое ректальное исследование, определение уровня сывороточного простатспецифического антигена (ПСА), трансректальное УЗИ, компьютерное аксиальное сканирование и магнитно-резонансное исследование. В настоящее время наиболее популярными в прогнозировании локализованных форм РПЖ являются номограммы, основанные на уровне исходного ПСА, шкале Глисона и клинической стадии.

Согласно рекомендациям Европейского общества онкологии (ЕСМО), в ЯООБ проводилось стадирование и лечение по 5 протоколам.

*Протокол 1.* Группа хорошего прогноза. Стадия T1-2N0M0, индекс Глисона < 6, ПСА < 10 нг/мл. T1-2N0M0, индекс Глисона < 6, ПСА < 10 нг/мл.

*Протокол 2.* Группа промежуточного прогноза. Стадия T1-3N0M0, индекс Глисона = 7 и/или ПСА 10–20 нг/мл.

*Протокол 3.* Группа плохого прогноза. Стадия T1-3N0-1M0, индекс Глисона > 8 и/или ПСА > 20 нг/мл. T1-3N0-1M0, индекс Глисона > 8 и/или ПСА > 20 нг/мл.

*Протокол 4.* Группа паллиативного лечения. Стадия T4N0-1M0, T1-4N0-1M1.

*Протокол 5.* Гормонорезистентный рак предстательной железы.

В Кыргызстане опухоли I–II стадии были зарегистрированы в 26,0 % случаев, III стадия – 47,0 % и IV – в 27,0 % случаев. По данным ЯООБ, процент ранних форм РПЖ был значительно выше и составил 38 %.

Оптимальное лечение РПЖ в Кыргызстане заключалось в следующем: при местно-распространенном РПЖ проводилась гормональная терапия, имеющая целью устранение стимулирующего роста опухоли влияния андрогенов. Гормональное лечение проводилось в виде монотерапии антиандрогенами, комбинированным лечением или интермиттирующей терапией. Для устранения влияния андрогенов как тестикулярного, так и надпочечникового происхождения применяли максимальную андрогенную блокаду (МАБ), которая представляла собой комбинацию хирургической или медикаментозной кастрации и фармакопрепарата группы антиандрогенов. Однако единый протокол диагностики и лечения еще не разработан.

Примерно в 40 % случаев проводили монотерапию антиандрогенами у определенной категории больных. Отрицательными сторонами такого лечения были дополнительные побочные эффекты, вносимые каждым компонентом комбинации. В случае кастрации – это приливы, импотенция, остеопороз, снижение работоспособности. В случае антиандрогенов – это гепатотоксичность (при применении андрокура), нарушение цветовой адаптации, непереносимость алкоголя, интерстициальные пневмонии – при применении нилютамида, диарея, тошнота, рвота, гинекомастия – при применении флютамида и гематурия, гинекомастия – при применении касодекса. Другим немаловажным аргументом против МАБ является высокая стоимость этого метода при определенном сочетании препаратов.

При проведении монотерапии (только кастрация или только антиандрогены) побочные эффекты остаются прежние, но в меньшем количестве, а лечение становится дешевле. Но в таком случае риск вероятности прогрессирования болезни или метастазирования увеличивается.

Интермиттирующая гормональная терапия представляла собой попытку профилактики развития гормонорезистентного рака простаты и заключалась в проведении МАБ по прерывистой схеме под контролем уровня ПСА и тестостерона в крови. Лечение проводится до стабильного снижения ПСА и тестостерона, после чего прекращается.

В настоящее время лучевая терапия является одним из радикальных консервативных специальных методов лечения при местно-распространенном РПЖ. К сожалению, из-за поломки аппарата для лучевой терапии в Кыргызстане данный метод был использован лишь в 12 % случаев.

Примерно в 35–50 % случаев отдавали предпочтение неoadъювантной и адъювантной гормонотерапии в сочетании с облучением. В этом случае начинали гормональную терапию от 1 до 3 месяцев перед облучением, а затем продолжали все время облучения и не менее 6 месяцев после лучевой терапии.

Из-за высокой доли больных с запущенными стадиями, только в 15–17 % случаев была выполнена радикальная простатэктомия для местно-распространенного процесса, в основном, у пациентов с хорошо или умеренно дифференцированной опухолью.

Таким образом, принципы лечения РПЖ в перспективе могут быть представлены в виде определенных рекомендаций, основанных на последних научных сообщениях по эффективности гормональной, лучевой и комбинированной терапии и хирургическому лечению. Имеется дисбаланс в лечебных подходах в России и Кыргызстане. К сожалению, из-за экономических трудностей в Кыргызстане имеется высокая запущенность опухолевого процесса при раке простаты, низкие диагностические и терапевтические возможности.

#### *Литература*

1. *Aus G., Abbou C.C., Bolla M. et al.* EAU guidelines on prostate cancer // *Eur. Urol.* 2005. V. 48. P. 546–555.
2. *Ghafoori M., Alavi M., Aliyari Ghasabeh M.* MRI in prostate cancer // *Iran Red Crescent Med J.* 2013. V. 15 (12). P. 16620.
3. *Kulkarni J.N., Gunavanthe V.S., Dhale A.* Outcome of radical prostatectomy as primary treatment for high-risk prostate cancer patients // *Author information Indian J Cancer.* 2015. V. 52 (4). P. 46–52.
4. *Pan X.W., Cui X.M., Teng J.F. et al.* Robot-Assisted Radical Prostatectomy vs. Open Retropubic Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis // *Indian J Surg.* 2015. V. 77 (Suppl 3). P. 1326–33.
5. *Pugh T.J., Choi S., Nguyen Q.N. et al.* Proton beam therapy for the treatment of prostate cancer // *Pract. Radiat. Oncol.* 2013. V. 3 (2). P. 87–94.